様式第１号

　 年　 月 　 日

社会福祉法人奥州市社会福祉協議会長　　様

奥州市社会福祉協議会小地域ネットワーク活動助成金交付申請書兼請求書

実施行政区名

代表者氏名　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

◎ 地域セーフティネット会議（ネット会議）基本情報

**「会議の開催」は必須条件**です。未開催の場合は**全ての助成金**の返金が必要になります。

|  |  |
| --- | --- |
| **【必須取組み項目】**ネット会議実施回数 | 年　　　　　回　　　　　　　　　　　※必須要件：年２回以上の開催 |
| 実施場所（住所） | 建物名称：　　　　　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　　　　） |
| 会議への参加予定 | 行政区（町内会・自治会）関係者　　　　名・民生児童委員　　　　名ご近所福祉スタッフ　　　名その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　名　　**計　　　　名** |
| **【任意取組み項目】**生活支援活動の取り組み　（いずれかに○）あり ・ なし | 「あり」の場合ご記入下さい | 支援対象者について教えてください。あてはまるものに○【 ひとり暮らし高齢者　・　高齢者世帯・障がい者　・　その他（　　　　　　　　　　）】 |
| 支援内容について教えてください。あてはまるものに○【 除雪 ・ ゴミ出し ・ 買物支援 ・ 草刈り掃除 ・ 調理 ・ その他（　　　　　　　　　　）】 |
| 利用料金について教えてください。あてはまるものに○【　　有償　・　無償　・　内容により徴収　　】 |
| 代表者 | 氏名 |  | 地域での役職〔　　　　　　　　　　〕 |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　　　奥州市 |
| 電話番号 |  |
| 事務局 | 氏名 |  | 地域での役職〔　　　　　　　　　　〕 |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　　　奥州市 |
| 電話番号 |  |
| 社協からの連絡先／各種案内の送付先 | いずれかに○　　　　代表者　・　事務局　 |
| 会議への職員参加希望日時 | 　 　　月 　　　日（　 　） 　 午前 ・ 午後　　 　時　　 　分※変更となった場合は、速やかにご報告ください。 |
| その他要望等 | （本会又は同席する職員への要望等がありましたら、ご自由にご記入ください。） |

　　**【任意取組み項目】助成要件の実施回数を満たさない場合、返金が必要となります**

◎ふれあいいきいきサロン開催計画　（助成要件：５名以上での活動を規定回数実施）

|  |  |
| --- | --- |
| サロン名 |  |
| サロン種別（①～④のいずれか１つに○） | ・ござえん茶 | ①年４～11回 | ・ごちそうさま | ③年６～11回 |
| ②年12回以上 | ④年12回以上 |
| 年間の実施回数 | 年　　　　　　回 |
| 実施場所（住所） | 建物名称：　　　　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　　　） |
| 実施時間 | ：　　　　　　　 ～　　　　　　　： |
| 主な対象者（該当項目に○） | 全住民 ・ 高齢者 ・ 子ども ・ 障がい者 ・ その他（　 　　） |
| 参集予定人数 | 　　　　　　　 人（１回あたりの平均参加者） |
| 活動内容（予定する活動に○） | お茶のみ　　・　　ゲーム　　・　　血圧測定　　・　　会食研修会や講演等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）その他行事（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ・上記のサロンについて、地域住民や地域包括支援センター等関係機関へ情報提供してもよろしいですか。□はい　　　・　　　□いいえサロン代表者氏名：　　　　　　　　　　　（TEL：　　　　　　　　　）※情報提供の際は、サロン代表者の方へ改めて確認のご連絡をさせていただきます。 |

◎ふれあいいきいきサロン開催計画　（助成要件：５名以上での活動を規定回数実施）

※複数のサロンを申請される場合は、お手数ですがコピーしてご活用下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| サロン名 |  |
| サロン種別（①～④のいずれかに○） | ・ござえん茶 | ①年４～11回 | ・ごちそうさま | ③年６～11回 |
| ②年12回以上 | ④年12回以上 |
| 年間の実施回数 | 年　　　　　　回 |
| 実施場所（住所） | 建物名称：　　　　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　　　） |
| 実施時間 | ：　　　　　　　 ～　　　　　　　： |
| 主な対象者（該当項目に○） | 全住民 ・ 高齢者 ・ 子ども ・ 障がい者 ・ その他（　 　　） |
| 参集予定人数 | 　　　　　　　 人（１回あたりの平均参加者） |
| 活動予定（予定する活動に○） | お茶のみ　　・　　ゲーム　　・　　血圧測定　　・　　会食研修会や講演（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）その他行事　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ・上記のサロンについて、地域住民や地域包括支援センター等関係機関へ情報提供してもよろしいですか。□はい　　　・　　　□いいえサロン代表者氏名：　　　　　　　　　　　（TEL：　　　　　　　　　）※情報提供の際は、サロン代表者の方へ改めて確認のご連絡をさせていただきます。 |

**◎通帳番号と口座名義がフリガナで記載されたページのコピーを添付してください。**

＊通帳名義と申請時に記入された内容が異なる場合、期日までに振込を行うことが出来ませんので、確認のため必ず振込先の通帳のコピーをご提出ください。

＊例年、**会長名が変更になっていた等**により正常に入金されなかった事案が発生していますので、改めてご確認をお願いします。

◎ 助成金振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　 | 銀行　 / 　信金 　/　 農協　（いずれかに○） |
| 本支店名 | 　　　本店 　　 　 / 　　　　　　　　　　 支店 |
| 預金の種類 | 普通預金　　　 /　　　　　当座預金 |
| 口座番号（左詰め） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |